

A VIVÊNCIA DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA ADOLESCÊNCIA: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO*

LIVING DE-GRAVIDIC PUERPERAL CYCLE IN ADOLESCENCE: SOCIAL-DEMOGRAPHIC AND OBSTETRIC PROFILE

LA EXPERIENCIA DEL CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL EN LA ADOLESCENCIA: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y OBSTÉTRICO

Francisco Rafael de Araújo Rodrigues¹
Dafne Paiva Rodrigues²
Emanuella Santos de Souza³
Maria Emanuela Ferreira Nogueira⁴
Ana Virgínia de Melo Fialho⁵

RESUMO

Neste trabalho, identificou-se o perfil sociodemográfico e obstétrico de 121 adolescentes em ciclo gravídico-puerperal, atendidas em um hospital-maternidade público de Fortaleza-CE. Os dados foram obtidos por meio de entrevista estruturada e processados no software de computador SPSS 11.0. Os resultados foram apresentados na forma de tabelas e discutidos com base na literatura revisada. Os aspectos éticos foram respeitados conforme a Resolução nº 196/96. A vivência do ciclo gravídico-puerperal na adolescência causa impactos e conseqüências negativas para o desenvolvimento sociodemográfico e obstétrico da jovem. Esses prejuízos não afetam apenas a mãe, mas também o bebê, diminuindo as perspectivas de futuro de ambos. Portanto, fazem-se necessários programas educativos sobre a saúde sexual da adolescente a fim de prevenir o alto risco para a maternidade precoce.

Palavras-chave: Adolescência; Gravidez; Gravidez na Adolescência; Período Pós-Parto.

ABSTRACT

This research has identified the social-demographic and obstetric profile of 121 (one hundred and twenty-one) adolescents in gravidic-puerperal cycle, examined in a public maternity-hospital in Fortaleza-CE. The data were obtained by structured interview and were processed by computer *software* SPSS 11.0. The results were shown in table form and discussed based in revised literature. The ethical aspects were respected according to Resolution (Law) 196/96. Living through the gravidic-puerperal cycle in adolescence causes negative impacts and consequences to the social-demographic and obstetric development of adolescents. These impairments affect not only the mother, but also the baby, affecting the life prospects of both. Hence, educational programs about adolescent sexual health are necessary in order to prevent high risk to precocious maternity.

Key words: Adolescent; Pregnancy; Pregnancy in Adolescence; Postpartum Period.

RESUMEN

Este trabajo identificó el perfil sociodemográfico y obstétrico de ciento veintiuna adolescentes en ciclo gravídico-puerperal, atendidas en una maternidad pública de Fortaleza-CE. Los datos se recogieron a través de entrevista estructurada y se procesaron en el *software* SPSS 11.0. Los resultados se presentaron en forma de tablas y se discutieron en base a la literatura revista. Se respetaron los aspectos éticos, en conformidad con la resolución 196/96. La experiencia del ciclo gravídico-puerperal en la adolescencia causa impactos y consecuencias negativas en el desarrollo sociodemográfico y obstétrico de la joven. Los prejuicios no afectan sólo a la madre, sino también al bebé, disminuyendo las perspectivas de futuro de ambos. Por lo tanto, se necesitan programas educativos sobre salud sexual de la adolescente con la finalidad de prevenir el alto riesgo de una maternidad precoz.

Palabras clave: Adolescencia; Embarazo en Adolescencia; Embarazo; Período Postparto.

* Artigo extraído do Projeto *O Processo de Adolescer e Ser Mãe: representações sociais de puéperas adolescentes*.

¹ Acadêmico de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista do PIBIC/CNPq. Ceará, Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora adjunta do Curso de Enfermagem da UECE. Ceará, Brasil.

³ Enfermeira graduada pela Universidade Estadual do Ceará UECE. Ceará, Brasil.

⁴ Estatística, graduada pela Universidade Federal do Ceará UFC. Ceará, Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora assistente do Curso de Enfermagem da UECE. Ceará, Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Francisco Glicério, n. 937, bloco A, apto.103, Maraponga. CEP: 60711-050 Fortaleza-CE.

E-mail: dafneprodrigues@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Da década de 1960 até nossos dias, transformações e evoluções profundas vêm se processando de modo marcante no comportamento sexual dos adolescentes. A questão da responsabilidade, principalmente no que se refere à maternidade/paternidade, passa a ter uma conotação por demais significativa.

Com a erotização do cotidiano, observam-se os adolescentes despertando, de maneira precoce, a curiosidade e criando um fascínio pelo sexo. Nesse contexto, a educação sexual é apreendida informalmente nas situações do cotidiano. O sexo e a sexualidade vão sendo concebidos de maneira imatura e inconseqüente.

Os censos demográficos e a contagem populacional para os anos intercensitários mostram, por meio de estimativas preliminares, que em 2007 o Brasil já contava com mais de 39 milhões de jovens na faixa etária de 10 a 19 anos.¹ No Estado do Ceará, em 2007, os jovens nessa mesma faixa etária totalizaram cerca de 22,7% da população cearense. Esse mesmo perfil demográfico para a cidade de Fortaleza, capital do Ceará, apresenta como percentual preliminar, em 2007, 21,3% dos residentes na capital, mostrando uma grande representatividade populacional.² É nessa faixa etária em que o jovem passa por um período de transformações e consolidações que se tornam importantes para o seu amadurecimento biológico, psicológico e sociocultural, marcado por descobertas, dúvidas sobre sua própria identidade e necessidade de fazer escolhas decisivas para o futuro.³

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como o período da vida a partir do qual surgem às características sexuais secundárias e se desenvolvem processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta, entre eles a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia, prolongando-se dos 10 aos 20 anos incompletos.⁴

Na visão do adolescente, a juventude é caracterizada pelo aumento da autonomia em relação à infância, permitindo-lhe que deixe o espaço doméstico e penetre em espaços públicos. É nesse momento que as influências socioculturais se mostram bastante significativas na formação do futuro adulto.

As transformações biológicas, entretanto, não são os poucos fatores que influenciam na transição da adolescência para a idade adulta. As definições, as reações e a maturação psicológica, social e cultural, também, agem de forma incisiva nessa transição. A sociedade assinala o término da adolescência mediante o estabelecimento da identidade sexual e possibilidade de estabelecer relações afetivas estáveis, capacidade de assumir compromissos profissionais e manter-se economicamente independente, adquirir uma moral própria e relações de reciprocidade com os adultos, principalmente os pais.⁵

A Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde de 1996 mostrou que 14% das adolescentes já tinham pelo menos um filho, e entre as garotas grávidas entre 10 a 14 anos,⁶ atendidas pelo Serviço Único de Saúde (SUS), no período de 1993 a 1998, houve aumento de 31%.

As últimas décadas evidenciam dados alarmantes sobre o comportamento dos adolescentes no tocante à precocidade das relações sexuais de ambos os sexos. O número médio de filhos de mulheres adultas vem diminuindo no Brasil, enquanto a taxa de fecundidade entre adolescentes está em crescimento constante. Anualmente, 14 milhões de adolescentes no mundo tornam-se mães e 10% dos abortos realizados são praticados por mulheres entre 15 e 19 anos.⁴

Com isso, em conseqüência da gravidez na adolescência, além da antecipação na formação dos papéis sociais, temos as questões socioeconômicas, como o abandono da escola, o trabalho de menor prestígio e a baixa remuneração, a dependência financeira da família e do companheiro que poderão repercutir negativamente na consolidação dos projetos de vida da jovem.

Com a intenção de minimizar as conseqüências sociodemográficas e obstétricas da adolescente e promover-lhes a atenção obstétrica qualificada e humanizada, observa-se, por meio da política nacional de atenção integral à saúde da mulher, a consolidação de estratégias de qualificação da assistência obstétrica a esse perfil de clientela, levando em consideração a capacitação de recursos humanos e a disponibilização de recursos materiais para a garantia mínima de funcionamento dos serviços de saúde, além da elaboração de protocolos técnicos para condutas no pré, trans e pós-parto para adolescentes em ciclo gravídico-puerperal.⁷

Nesse contexto, tivemos como objetivo identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico das adolescentes em ciclo gravídico-puerperal. Pretende-se, com base nestes dados, fornecer subsídios para todos os que lidam com a saúde e o bem-estar nessa faixa etária, a fim de possibilitar o desenvolvimento de políticas públicas de saúde com enfoque na prevenção da maternidade na adolescência implementando intervenções adequadas para essa população.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado no hospital-maternidade público de atenção secundária em saúde, localizado em Fortaleza-CE. A seleção dessa instituição para a realização da pesquisa residu no fato de estar localizado em uma região populosa e com elevada quantidade de adolescentes.

A população estudada foi constituída por meio de amostragem não probabilística por conveniência. O quantitativo foi de 121 adolescentes na faixa etária entre 10 e 19 anos que estivessem vivenciando o ciclo gravídico-puerperal. As adolescentes foram contactadas

para a pesquisa enquanto gestantes durante o acompanhamento pré-natal, quando puérperas no sistema de alojamento conjunto e por ocasião da consulta de revisão de parto.

A coleta dos dados aconteceu de janeiro a setembro de 2006, conforme disponibilidade dos pesquisadores, sempre nas segundas e quintas-feiras de cada semana desse período. Foi utilizada a técnica de entrevista estruturada como instrumento de coleta de dados.

A entrevista teve como parâmetros a definição de variáveis demográficas (faixa etária), variáveis sociais (situação conjugal, escolaridade, ocupação e renda familiar) e variáveis obstétricas (classificação dentro do ciclo gravídico-puerperal: puérpera ou gestante, número de gestações, abortos e partos, trimestre de gestação, tempo de puerpério, intercorrência no puerpério, realização da consulta de pré-natal, número de consultas de pré-natal realizadas e participação em atividades educativas durante o ciclo gravídico-puerperal).

A categorização das informações em variáveis fixas permitiu a construção de um banco de dados. O perfil das adolescentes apresentou-se após o banco de dados ser processado pelo software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 11.0, que possibilitou realizar cálculos estatísticos, em apresentação e interpretação sucinta dos resultados.

O cálculo estatístico feito pelo software permitiu visualizar os resultados primários na forma de tabelas com frequências simples e percentagem de acordo com cada variável isolada. Os dados primários foram cruzados para encontrar possíveis relações entre as variáveis e maior compreensão das informações prestadas pelas participantes. As tabelas geradas estão apresentadas a seguir e debatidas à luz da literatura que subsidia a investigação.

Os preceitos éticos da pesquisa foram respeitados conforme a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde,⁸ com início da pesquisa de campo somente após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Foram concedidas as participantes informações dos procedimentos que fizeram parte do estudo e consentimento livre e esclarecido.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tem sido muito preocupante o crescimento, em todo o mundo, do número de adolescentes que vivenciam a maternidade. Em 2005, foram realizados mais de 3 milhões de partos pelo SUS. Desses, 662 mil, ou 22%, foram de jovens entre 10 e 19 anos.⁹

A cada ano, cerca de 20% das crianças que nascem são filhas de adolescentes, número que representa três vezes mais garotas com menos de 15 anos grávidas do que na década de 1970.⁶ Quase um terço (27,4%) das mulheres jovens já tiveram filhos.¹⁰

TABELA 1 – Classificação das participantes de acordo com o ciclo gravídico-puerperal. Fortaleza-CE, 2006

CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL	N	%
Puérpera	54	44,6
Gestante	67	55,4
Total	121	100
Trimestre de gestação		
1º trimestre	21	31,3
2º trimestre	24	35,8
3º trimestre	22	32,8
Total	67	100
Tempo de puerpério		
Puerpério imediato	37	68,5
Puerpério tardio	16	29,6
Puerpério remoto	01	1,9
Total	54	100

Em nosso estudo, observamos um grande quantitativo (121 participantes) de adolescentes em ciclo gravídico-puerperal em atendimento no serviço pesquisado. Destas, a maioria era gestante compondo um percentual de 55,4%. O percentual restante foi de puérperas, num total de 44,6%. (TAB. 1).

A maior parte das gestantes adolescentes participantes do estudo informaram que estavam (35,8%) no segundo trimestre, as demais (32,8%), no terceiro trimestre e 31,3% no primeiro trimestre de gestação (TAB. 1). O Ministério da Saúde (MS) sugere a captação precoce da gestante ainda no primeiro trimestre da gestação, recomendando que o calendário de atendimento pré-natal deva ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. Esse atendimento deve ser regular e completo, garantindo que todas as avaliações propostas sejam realizadas e preenchidos o cartão da gestante e a ficha de pré-natal. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) estabelece que seis deverá ser o número mínimo de consultas de pré-natal, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no último.^{11,12}

A maioria das puérperas encontrava-se em puerpério imediato (68,5%), definido da primeira hora do parto ao 10º dia do pós-parto; 29,6% em puerpério tardio, que corresponde do 11º ao 45º dia de pós-parto; e 1,9% no pós-parto remoto, caracterizado a partir de 45 dias de pós-parto em diante. (TAB. 1)

TABELA 2 – Distribuição das participantes segundo as variáveis sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2006

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
Faixa etária		
10 - 14	23	19
15 - 19	98	81
Situação conjugal		
Solteira	46	38
Casada	05	4,1
União estável	70	57,9
Escolaridade		
Fundamental incompleto (1º a 5º ano)	17	14
Fundamental incompleto (6º a 9º ano)	36	29,8
Fundamental completo	23	19
Médio incompleto	38	31,4
Médio completo	07	5,8
Ocupação		
Serviços domésticos	56	46,3
Estudante	25	20,7
Autônoma	14	11,6
Outras	12	9,8
Não informou	14	11,6
Renda familiar		
Sem renda	07	5,8
Menor que um salário mínimo	32	26,4
Apenas um salário mínimo	37	30,6
Entre um e dois salários mínimos	42	34,7
Acima de dois salários mínimos	03	2,5
Total	121	100

Pela distribuição da idade, observou-se que 81% das adolescentes tinham idade entre 15 e 19 anos (adolescência tardia), enquanto 19% pertenciam à faixa de 10 a 14 anos de idade. (TAB. 2)

Mesmo com a redução da taxa de fecundidade no País para as adolescentes na faixa etária entre 15 e 19 anos de idade, está ocorrendo um aumento de 26% da fecundidade, ou seja, é nessa esta faixa de idade que há maior número de adolescentes em ciclo gravídico-puerperal.^{13, 14, 15, 16, 17}

Quanto à *situação conjugal* (TAB. 2), tem-se que 57,9% das adolescentes classificaram-se em união estável com o companheiro, 38% encontravam-se solteiras e 4,1%, somente, informaram que estavam casadas.

A maioria (67,1%) das mulheres jovens da Região Nordeste do Brasil é solteira.¹⁰ Os estudos^{14,16} confirmam

esse dado, já que, mesmo com a maternidade, as adolescentes, em sua maioria, afirmam se manterem solteiras ou em união estável, fato que reforça para a sociedade a idéia de relacionamento inconstante entre os adolescentes.

Na Região Nordeste brasileira, apenas 43,1% das mulheres jovens são estudantes.¹⁰ Observa-se que a maior parte das adolescentes tem baixo nível de educação, já que 43,8% afirmaram ter o Ensino Fundamental incompleto, 14% do 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental e 29,8% do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental. Das entrevistadas, 31,4% garantiram que possuem Ensino Médio incompleto; 19%, o Ensino Fundamental completo; e somente 5,8%, o Ensino Médio completo. (TAB. 2).

O papel que a educação tem na vida das pessoas é indiscutível para um futuro promissor. O fato de engravidar precocemente é visto como causa da baixa escolaridade ou interrupção dos estudos. A ausência na escola provoca ociosidade na jovem, deixando-a mais vulnerável a uma gravidez precoce.¹⁴ Autores referem que a maioria (64%) das mães adolescentes possui o Ensino Fundamental incompleto,¹⁸ conforme nossos resultados.

Quanto à *ocupação* realizada, observou-se que as adolescentes compõem a economia informal, pois desenvolvem atividades sem vínculo empregatício. Assim, uma conseqüência aparente é a impossibilidade de usufruir os direitos trabalhistas conquistados com a chegada da maternidade. Os dados mostram que 46,3% ocupam-se em serviços domésticos, 20,7% como estudantes, 11,6% não informaram que atividades desempenhavam e 11,6% são autônomas (vendedoras ambulantes, criadoras de bijuterias, bordadeiras e lavadeiras). O restante (9,8%) caracteriza o grupo de atividades pouco praticadas pelas entrevistadas, como vendedora em loja, cuidadora informal (babá de familiares), costureira, cozinheira e garçonete. (TAB. 2).

A maioria dos serviços da adolescente em ciclo gravídico-puerperal não possui vínculo empregatício e, portanto, tem baixa remuneração.^{16,19} Com isso, na perspectiva social, ser mãe na adolescência é uma causa da dificuldade de melhorar economicamente a renda familiar.

A maior parte das entrevistadas referiu dispor de baixa renda familiar. Esse resultado está conforme conclusões de outro estudo que mostram que as famílias da mãe adolescente vivem na linha da pobreza.¹⁴ As participantes afirmaram que recebem entre um e dois salários mínimos mensais (34,7%), somente um salário mínimo mensal (30,6%), menos que um salário mínimo mensal (26,4%), sem renda mensal (5,8%) e mais de dois salários mínimos mensais (2,5%) das adolescentes. (TAB. 2)

TABELA 3 – Distribuição das participantes segundo variáveis obstétricas. Fortaleza-CE, 2006

VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS	N	%
Intercorrência		
Não apresentou intercorrência	115	95
Febre e sangramento	01	0,8
Febre por causa não informada	02	1,7
Infecção neonatal por amniorrexe prematura	01	0,8
Prematuridade (recém-nascido pré-termo)	02	1,7
Número de gestações		
Primigesta	69	57
Multigesta	52	43
Número de abortos		
Nenhum	99	81,8
Um	20	16,5
Dois	02	1,7
Paridade		
Nulípara	45	37,2
Primípara	53	43,8
Multípara	23	19
Pré-natal		
Sim	100	82,6
Não	21	17,4
Número de consultas		
Nenhuma consulta	21	17,4
Uma a cinco consultas	70	57,9
Seis ou mais consultas	30	24,8
Atividades educativas		
Sim	44	36,4
Não	77	63,6
Total	121	100

Geralmente, as mães adolescentes procuram mais tardiamente a assistência pré-natal, agravando os riscos que acometem a maior parte das gestações nessa fase, como complicações no parto, aumento da mortalidade materna, aumento da mortalidade infantil, dentre outros. Observa-se a necessidade de uma educação sexual cada vez mais efetiva.²

A grande causa de mortalidade materna em adolescentes está relacionada a complicações por ocasião da gravidez, parto e puerpério, provocadas por amniorexe prematura, prematuridade fetal, toxemia gravídica e maiores índices de cesariana.¹⁷ No referido estudo, analisamos as *intercorrências no puerpério*, sendo que a maioria das puérperas (95%) referiu não ter apresentado intercorrência. Nas demais, apareceram como complicações em 1,7%, respectivamente, febre

por causa não informada ou prematuridade (recém-nascido pré-termo), e em 0,8%, respectivamente, febre e sangramento ou infecção neonatal por amniorexe prematura. (TAB. 3).

Muitos estudos demonstram que as adolescentes não planejam a gestação. Assim, a categorização de acordo com o *número de gestações* das adolescentes pesquisadas apresentou que 57% eram primigestas, enquanto 43% eram multigestas (TAB. 3). Esses resultados se confirmam em outros estudos, já que a maioria das jovens vivenciam sua primeira gestação entre 16 e 19 anos de idade.¹⁶ O aborto traz repercussões negativas para a adolescente que inicia sua vida sexual. A maior frequência de abortos é provocada por adolescentes entre 17 e 19 anos, solteiras, primigestas e no segundo mês de gestação.²¹ Entre nossas participantes, o aborto não foi uma prática muito realizada. A maioria (81,8%) informou não ter realizado nenhum aborto, enquanto 16,5% somente um aborto e 1,7% já o praticou por duas vezes. Em relação à *paridade*, classificaram-se como nulíparas, primíparas e múltiparas, com um percentual, respectivamente, de 37,2%, 43,8% e 19%.

Quanto à utilização do *atendimento pré-natal* (TAB 3), a maioria das adolescentes (82,6%) realizou consultas pré-natais. As 17,4% das adolescentes restantes não informaram ter tido essa prática durante a gravidez. A quantidade de adolescentes que não procuram o serviço pré-natal demonstra a fragilidade na assistência e a necessidade de acolhimento eficaz, busca de vínculo, responsabilização e construção de uma comunicação usuário e profissional de saúde.²²

O número de consultas de pré-natal realizadas pelas adolescentes mostra-se insatisfatório se comparado ao que preconiza o MS do Brasil. Autores apontam baixa na média esperada de consultas para a adequação do processo de assistência pré-natal para as usuárias do SUS.²³ Em nosso estudo, também se verificou que a maioria (57,9%) das adolescentes realizou de uma a cinco consultas, enquanto apenas 24,8% cumpriram as seis ou mais consultas preconizadas pelo MS. As 17,4% restantes informaram não ter realizado nenhuma consulta pré-natal. (TAB. 3)

A realização de práticas educativas durante todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal propicia à mulher, dentre outras coisas, compreender suas transformações e alteração de papel: preparar-se para o parto e puerpério, e para cuidar do bebê; conhecer e compreender os sinais de trabalho de parto e as sensações corporais; e agir ativamente no processo, facilitando a transição para mais esta etapa do desenvolvimento humano.²⁴

Em nosso campo de estudo, as atividades educativas são operacionalizadas por meio do "Curso da Gestante", promovido pela enfermeira obstétrica e que reúne um grande número de adolescentes grávidas em acompanhamento pré-natal no ambulatório da instituição.

O curso divide-se em dois módulos. O primeiro é destinado as gestantes que se situam no primeiro

trimestre de gestação e o segundo, às gestantes que se encontram no segundo e terceiro trimestres. Os módulos auxiliam as futuras mães a lidar com as alterações da gestação, além de orientar para o trabalho de parto e os cuidados consigo mesmas e com os recém-nascidos no puerpério.

A variável *participação em atividades educativas durante o ciclo gravídico-puerperal* (TAB. 3) demonstra necessidade de integrar a adolescente nas atividades educativas oferecidas pela instituição. Os resultados mostram que 63,6% não participaram das atividades educativas, enquanto 36,4%, apenas, afirmam terem participado.

CONCLUSÃO

Por meio da discussão, observamos como a maternidade na adolescência causa impactos e conseqüências negativas para o desenvolvimento sociodemográfico e obstétrico da jovem. A vivência do ciclo gravídico-puerperal na adolescência tem prejuízos não só para a mãe, mas também para o bebê, diminuindo as perspectivas de futuro de ambos.

As questões relacionadas à informalidade de trabalho, à baixa escolaridade e à baixa renda da família implicam diminuição de possibilidades de um futuro promissor para a mãe e para o bebê, já que as famílias que estão na linha da pobreza são consideradas de risco e tendem a apresentar ou vivenciar problemas de caráter biopsicossocial.

As tendências sempre são de gravidezes sucessivas entre as adolescentes, principalmente as que não dispõem

de acompanhamento com profissional de saúde. A multiparidade e a multigestação na adolescência implicam a fragilidade das relações.

A informação de encontrar-se em união estável e solteira como estado civil da maioria das jovens caracteriza o envolvimento afetivo delas em uma atmosfera de instabilidade por meio de relações amorosas superficiais e imaturas, o que aponta a necessidade de um olhar diferenciado dos profissionais para a abordagem do planejamento reprodutivo e saúde sexual da adolescente.

Contudo, o contexto da maternidade na adolescência revela a importância de programas educativos sobre a saúde sexual, com enfoque na intersectorialidade entre as escolas, os serviços de saúde e a sociedade para o desenvolvimento de mecanismos que identifiquem as adolescentes com alto risco para a maternidade precoce e as orientem.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) e ao Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Família da Universidade Estadual do Ceará (UECE) pelo apoio no desenvolvimento da pesquisa, bem como aos alunos Marcos Paulo de Oliveira Lima, Mônica Taynara Muniz Ferreira, Lidiane Colares Monteiro e Ítalo Reuber de Oliveira, pelo suporte técnico na estruturação deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). DataSus. [homepage na Internet] Brasília: [acesso em 2007 set 15]. Censo demográfico e contagem populacional para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais preliminares dos totais populacionais estratificados por idade e sexo pelo MS/SE/DataSus/IBGE. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/popuf.def>
2. Ministério da Saúde (Br). DataSus. [homepage na Internet] Brasília: [acesso em 2007 set 15]. Censo demográfico e contagem populacional para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais preliminares dos totais populacionais estratificados por idade e sexo pelo MS/SE/DataSus/IBGE. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popCE.def>
3. Frida AS, Andrade-Silva M. Crenças, informações e comportamentos sexuais na "Era AIDS": um perfil dos adolescentes da Ilha de Paquetá, RJ, Brasil. *Rev. Scientia Sexualis do mestrado em sexologia da UGF*. 1999 Ago; 5(2):61-84.
4. Rede Feminista de Saúde. Adolescentes saúde sexual saúde reprodutiva: dossiê. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde; 2004.
5. Maranhão LF. Paternidade na adolescência: significado da experiência [monografia]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará. Curso de Especialização em Saúde da Família. Centro de Ciências da Saúde; 2003.
6. Ministério da Saúde (Br). Gravidez na Adolescência. Brasília: (DF). 2004.
7. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. Ministério da Saúde (Br), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes de normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: O Conselho; 1996.
9. Ministério da Saúde (Br). DataSus. [homepage na Internet] Brasília: [acesso em 2007 set 15]. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos: Nascimentos por ocorrência por Unidade de Federação segundo idade da mãe no período de 2005 - SINASC MS/SVS/DASIS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
10. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios 1995. Rio de Janeiro: IBGE; 1997.
11. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
12. Ministério da Saúde (Br). Programa Humanização do Parto: humanização do pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

13. Ballone GJ. Psiqweb [homepage na Internet]. Campinas: [atualizada em 2003; acesso em 2006 Out 24]. Gravidez na adolescência. Disponível em: <http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adolesc3.html>
14. Ponte Junior GM, Ximenes Neto FRG. Gravidez na adolescência no município de Santana do Acaraú-Ceará-Brasil: uma análise das causas e riscos. Rev. Eletr. Enferm. 2004 Abr [acesso em 2007 Jan 5]; 6(1): [aproximadamente 16 p.]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/>
15. Sabroza AR, Leal MC, Gama SGN, Costa JV. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. Cad. Saúde Pública. 2004; 20 suppl 1:112-20.
16. Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. Perfil de adolescentes com repetição de gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. Rev. Latino-Am. Enferm. 2004 Out; 12(5):745-50.
17. Ballone GJ. Psiqweb [homepage na Internet]. Campinas: [atualizada em 2004 Dez 01; acesso em 2006 Dez 02]. Gravidez na adolescência; [aproximadamente 15 telas]. Disponível em: <http://http://www.psiqweb.med.br>
18. Magagnin L, Miyassaki M, Ribeiro AH, Sikitani L, Ferri S, Lima SS et al. Gravidez na adolescência: falta de informação?. Semina. 1995 Set; 16 (ed.esp.):69-72.
19. Spinola T, Penna LHG, Progianti JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. Rev. Esc Enferm USP. 2006; 40(3):381-8.
20. Ziegel EE, Cranley MS. Enfermagem obstétrica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1986.
21. Souza VLC, Corrêa MSM, Souza SL, Beserra MA. O aborto entre adolescentes. Rev. Latino-Am. Enferm. 2001 Abr; 9(2):42-7.
22. Oba MDV, Tavares MSG. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP. Rev. Latino-Am. Enferm. 2000 Abr; 8(2):11-7.

Data de submissão: 12/5/2007

Data de aprovação: 18/6/2008